

# 診療情報提供書 (アミロイドPET 紹介用)

年 月 日

紹介先医療機関名  
富岡市富岡2073-1  
富岡地域医療企業団  
公立富岡総合病院  
アミロイドPET 担当医 先生御侍史

紹介元医療機関の所在地

名 称  
電 話

医師氏名

印

フリガナ		電話番号	
患者氏名			
患者住所		性 別	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)	職 業	

依頼医チェック項目 ※保険適用による検査実施には下記の項目をすべてに満たす必要があります。

- 紹介元医療機関はレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。
- アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的である。
- MMSE スコア 22 点以上、CDR 全般スコア 0.5 または 1 (一ヶ月以内の検査) であり、頭部 MRI でレカネマブの使用禁忌に該当していない。
- 今までにアミロイド PET 検査を実施したことがない。もしくはレカネマブ製剤の投与中止後であり、初回投与から 18 ヶ月上経過している。(2 回目の場合は、検査が必要と判断した医学的根拠を記載してください)

症状経過  治療経過  検査結果  現在の処方  備 考	MMSE スコア 【            点】
	CDR 全般スコア 【            点】

※その他問い合わせ等ございましたら公立富岡総合病院放射線技術科 (0274-63-2111) までお願いします。